

## Einwilligung zur Datenverarbeitung und Übermittlung Für das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, KdöR

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie bitten, die nachstehenden Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen Ihrer Behandlung sorgfältig durchzulesen und uns ihre Einwilligung dafür zu erteilen.

**Ihre Kontaktdaten:**

.....  
Name, Vorname/n (in Druckbuchstaben)

.....  
Geburtsdatum

### A. Einsichtnahme in Unterlagen aus früheren Behandlungen und der gemeinsamen Dokumentation im UKE-Konzern

Eine gute Behandlung setzt meist umfassende Kenntnis Ihres bisherigen Behandlungsverlaufes bzw. Ihrer Krankengeschichte voraus. Zur Gewährleistung einer guten und vollumfassenden Behandlung nutzen wir im UKE-Konzern<sup>1</sup> daher eine gemeinsame und einheitliche Patientenverwaltung sowie eine elektronische Patientenakte (im Folgenden zusammen „Systeme“ genannt).

Durch die Erteilung Ihrer Einwilligung ermöglichen Sie uns die Einsichtnahme in Ihre gegebenenfalls in den Systemen bereits vorhandenen Informationen (einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten) aus früheren Aufenthalten und Behandlungen im UKE-Konzern für Ihre aktuelle Behandlung durch unser Fachpersonal. Unser Fachpersonal ist dann berechtigt, diese Informationen zum Zwecke Ihrer Behandlung zu verarbeiten. Dies kann die Informationsgrundlage für Ihre Behandlung bei uns wesentlich verbessern. Aufgrund der hohen Komplexität medizinischer Leistungen ist eine vollständige Zusammenführung aller Behandlungsdokumentationen im UKE-Konzern jedoch nicht automatisiert möglich. Weisen Sie daher bitte unser Fachpersonal zusätzlich auf Behandlungen in anderen Teilen des UKE-Konzerns oder auch bei anderen Behandelnden hin, wenn Sie der Meinung sind, dass diese für ihre aktuelle Behandlung relevant sein könnten.

Nicht von Ihrer Einwilligung erfasst ist hingegen die Einsichtnahme in etwaige psychiatrische und psychotherapeutische Dokumente aus Behandlungen im Zentrum für Psychosoziale Medizin des UKE. Auf diese Dokumente kann ausschließlich das Fachpersonal aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin zugreifen.

Daneben verwenden wir die Systeme – teilweise – zum Zwecke unserer eigenen Dokumentation über Ihre Behandlung und stellen die Informationen aus und über Ihre Behandlung für gegebenenfalls zukünftige Behandlungen im UKE-Konzern zur Verfügung. Durch die Dokumentation in den Systemen stehen Ihre Informationen auch zentralen Funktionen des UKE-Konzerns, wie z.B. dem Qualitätsmanagement und dem Bettenmanagement, zur Verfügung. Darüber hinaus werden über die Systeme auch für Behandlungen wesentliche Funktionalitäten, etwa die Anforderung von Laboruntersuchungen oder spezifischen Untersuchungen, angesteuert.

---

<sup>1</sup> UKE-Konzern im Sinne dieser Einwilligungserklärung meint das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, KdöR (UKE), die Universitäre Herz- und Gefäßzentrum UKE Hamburg GmbH (UHZ), die Ambulanzzentrum des UKE GmbH (MVZ), die Martini-Klinik am UKE GmbH sowie die AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH (AKK).

Ohne die Verwendung der Systeme stehen im schlimmsten Fall weder Informationen aus Behandlungen bei uns noch bei anderen Teilen des UKE-Konzerns zur Verfügung. Auch können für viele Behandlungen wesentliche Funktionalitäten nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden. In aller Regel sind komplexere Behandlungen im UKE hierdurch nicht mehr möglich. Unsere Ärzt:innen werden im Fall der Ablehnung der Einwilligung in jedem Einzelfall prüfen, ob eine Behandlung auch ohne die Systeme und insbesondere der elektronischen Patientenakte möglich ist. In jedem Fall aber stehen bei zukünftigen Behandlungen Informationen über die bisherigen Behandlungen im UKE-Konzern nicht mehr zur Verfügung. **Dies kann gerade dann zu einem durchaus lebensbedrohlichen Nachteil für Sie werden, wenn es sich um eine Notfallbehandlung handelt, bei der Sie uns nicht selbst informieren können.**

**B. Datenübermittlung mit Hausärztinnen und -ärzten sowie anderen Behandelnden**

Um sicherzustellen, dass Ihre niedergelassenen Haus- oder Fachärztinnen und -ärzte oder sonstige betreuende Einrichtungen (im Folgenden gemeinsam „Behandelnde“ genannt), die sie an uns ein- oder überwiesen haben oder von Ihnen benannt wurden, in der Lage sind, die bei uns gewonnenen Befunde und Diagnosen zu nutzen und die von uns veranlassten Behandlungen gegebenenfalls fortzusetzen, können wir in Ihrem Auftrag Ihre Behandelnden über Ihre Behandlung informieren. Hierzu übermitteln wir diesen die erforderlichen Unterlagen über Ihre Behandlung (z.B. Arztbriefe, Befunde, Laborergebnisse oder Bilder [z.B. Röntgen-, MRT- oder CT-Bilder]) einschließlich Ihrer darin enthaltenen Gesundheitsdaten. Dies geschieht in der Regel postalisch oder – bei einer entsprechenden sicheren Anbindung Ihrer Behandelnder – auch auf elektronischem Weg.

Es kann im Rahmen Ihrer Behandlung bei uns auch erforderlich sein, bei Ihren Behandelnden Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand oder bisherigen Behandlungen in Erfahrung zu bringen. Daher bitten wir Sie ebenfalls um die Einwilligung, diese zu kontaktieren.

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**C. Dauer-Einwilligung für zukünftige Behandlungen**

Grundsätzlich beziehen sich Ihre obenstehenden Einwilligungen nur auf den aktuellen Behandlungs- bzw. Krankheitsfall. Daher müssten wir Sie bei zukünftigen Besuchen bei uns in der Regel erneut um diese Einwilligungen bitten. Um diesen Aufwand für Sie zu vermeiden, können Sie alternativ Ihre Einwilligung hiermit – natürlich ebenfalls jederzeit widerruflich – auch auf alle zukünftigen Behandlungen bei uns für die nächsten drei Jahre erstrecken. Wir werden Sie dann jeweils auf das Bestehen dieser Dauer-Einwilligung hinweisen, um Ihnen die Möglichkeit des Widerrufs zu geben.

Sollten Sie mit der Dauer-Einwilligung für eine der obenstehenden Einwilligungen nicht einverstanden sein, kreuzen Sie bitte "Nein, ich bin nicht einverstanden." an. Wir werden Sie dann beim nächsten Besuch erneut um die Einwilligung bitten.

V[04] | [Fall-ID] |

**A. Einwilligung in die Einsichtnahme in Unterlagen aus früheren Behandlungen und der gemeinsamen Dokumentation im UKE-Konzern**

Ich bin mit der gemeinsamen Nutzung von Informationen aus und über meine Behandlungen im UKE-Konzern für Behandlungszwecke und Hilfsprozesse einverstanden.

- Ja, ich willige ein.  Nein, ich bin nicht einverstanden.

Diese Einwilligung soll auch für meine Behandlungen in den kommenden drei Jahren gelten, so dass sie nicht erneut eingeholt werden muss. Ich kann jederzeit durch Erklärung gegenüber dem UKE wieder zur Einwilligung im Einzelfall übergehen.

- Ja, ich willige ein.  Nein, ich bin nicht einverstanden.

**B. Einwilligung in die Datenübermittlung mit Hausärztinnen und -ärzten sowie anderen Behandelnden**

Ich bin damit einverstanden, dass die ein- und überweisenden oder von mir benannten Behandelnden zum Zwecke meiner Behandlung behandlungsrelevante Informationen über mich (einschließlich der darin enthaltenen Gesundheitsdaten) an das UKE übermitteln dürfen.

- Ja, ich willige ein.  Nein, ich bin nicht einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass die ein- und überweisenden oder von mir benannten Behandelnden über meine Behandlung, wie beschrieben, informiert werden. Die Übermittlung kann auch elektronisch erfolgen.

- Ja, ich willige ein.  Nein, ich bin nicht einverstanden.

Diese Einwilligungen sollen auch für meine Behandlungen in den kommenden drei Jahren gelten, so dass sie nicht erneut eingeholt werden müssen. Ich kann jederzeit durch Erklärung gegenüber dem UKE wieder zur Einwilligung im Einzelfall übergehen.

- Ja, ich willige ein.  Nein, ich bin nicht einverstanden.

Für den Zweck der von mir vorstehend erteilten Einwilligungen entbinde ich damit auch meine Behandelnden sowie die Beschäftigten des UKE-Konzerns, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte und ihre Gehilfen, von Ihrer Schweigepflicht.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung und/oder Dauer-Einwilligung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung können Sie an den Geschäftsbereich Zentrale Entgeltabrechnung und Patientenaufnahme des UKE richten. Dieser ist auch per Telefon (+49 (0) 40 7410 – 34801) oder E-Mail ([patientenaufnahme@uke.de](mailto:patientenaufnahme@uke.de)) erreichbar. Bis zu Ihrem Widerruf erfolgte Verarbeitungen und Übermittlungen bleiben zulässig.

Hamburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in

\_\_\_\_\_  
Ggf. (gesetzliche/r) Vertreter/in (z.B. Sorgeberechtigte, Betreuer:innen, Bevollmächtigte)